

Lésions dentaires et gingivales

D^r Guy Princ

Consultation de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, 75014 Paris
guy.princ@cch.ap-hop-paris.fr

Objectifs

- Diagnostiquer les principales lésions dentaires et gingivales.

RAPPELS

La dent est composée de 3 structures minéralisées : l'émail, la dentine et le cément. La dentine est recouverte par l'émail, structure la plus minéralisée de l'organisme, au niveau de la couronne, et par le cément au niveau de la racine ; le collet sépare la couronne de la racine. Une cavité interne correspondant à la pulpe contient des ramifications du paquet vasculo-nerveux issues de l'apex.

L'os alvéolaire est le support des dents temporaires, puis des dents permanentes. Il est en continuité avec l'os basal des maxillaires. Son existence est liée à la présence des dents, se résorbant en cas d'édentation.

Le desmodonte (ou ligament alvéolo-dentaire) représente l'attachement de la racine dentaire à l'os alvéolaire (par l'intermédiaire du cément).

La gencive recouvre une partie des procès alvéolaires (gencive attachée) et entoure la région du collet des dents (gencive libre).

La denture lactéale de l'enfant comporte 20 dents ; la denture permanente comprend 32 dents. La numérotation internationale est rappelée dans la figure 1. À noter qu'entre 6 et 12 ans, la denture est mixte.

LÉSIONS DENTAIRES

Une dent saine est asymptomatique. Elle ne présente qu'une réponse douloureuse, légère et temporaire, aux stimulus thermiques. La percussion axiale et transversale de la couronne est indolore.

Carie dentaire

Le processus carieux (fig. 2) correspond à une destruction localisée et progressive des tissus durs de la dent, évoluant plus rapidement à travers la dentine que l'émail.

Après un stade de déminéralisation non diagnostiqué cliniquement, il y a apparition de la « tache blanche » puis de la lésion cavitaire superficielle qui est dans un premier temps asymptomatique. Le dépistage est alors clinique à l'aide d'une sonde. Puis, la dentine étant exposée, apparaissent des douleurs localisées provoquées par le froid, le chaud, le sucre... À ce stade, l'examen à la sonde retrouve facilement la cavité au sein de la couronne dentaire.

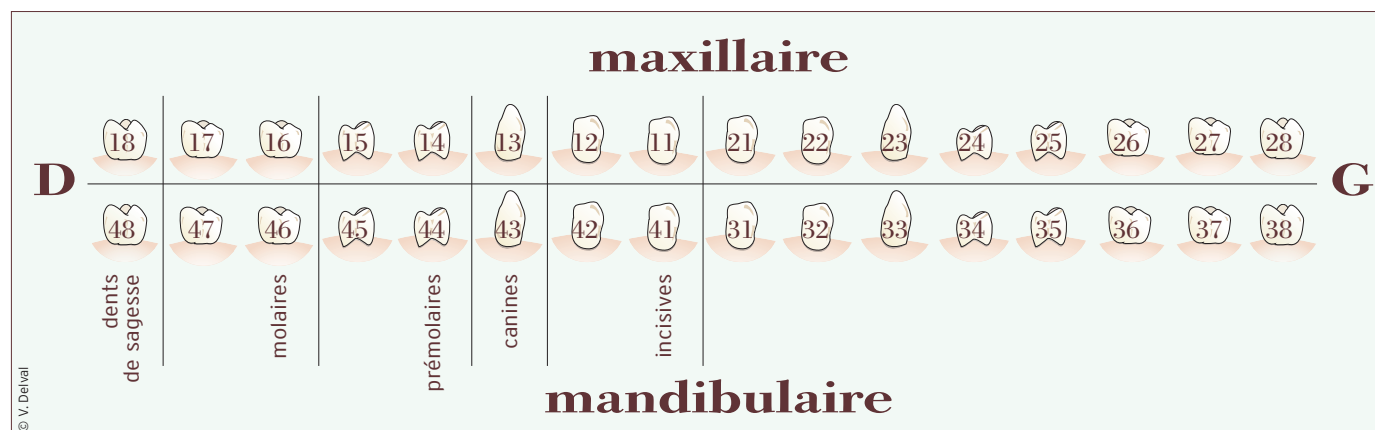


Figure 1 Nomenclature internationale de la denture permanente.

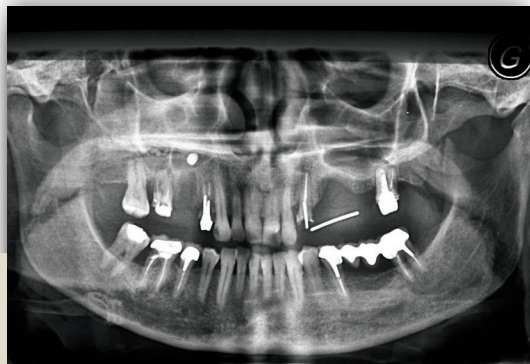


Figure 2 Dépassement de pâte dentaire inter-sinusien en regard de l'alvéole déshabillée de 15.

Si le panoramique dentaire (ou orthopantomogramme) montre l'ensemble des arcades dentaires, seuls les clichés rétro-alvéolaires dentaires permettent de faire un bilan précis des caries de l'ensemble de la denture.

Les hypothèses étiologiques sont nombreuses : facteurs alimentaires (glucides), bactériens (plaque dentaire), génétiques, hormonaux, salivaires (xérostomie post-radique ou médicamenteuse).

Le traitement préventif des caries dentaires est centré essentiellement sur la motivation des enfants à l'hygiène bucco-dentaire par l'apprentissage d'un brossage minutieux, biquotidien pour éliminer la plaque dentaire. L'administration de fluor lors de la minéralisation de la dent dès la naissance jusqu'à l'âge de 12 ans par voie générale (fluor, eaux minérales, sels fluorés) et (ou) par voie topique (dentifrices), contribue également à la prévention des caries dentaires. Au-delà de l'âge de 12 ans, la supplémentation systématique n'est pas justifiée.

À l'école, il faut insister sur la suppression de l'ingestion de sucres en dehors des repas.

Le traitement curatif consiste à éliminer tout le tissu dentaire ramolli et infecté à l'aide d'un instrument rotatif et à combler la cavité par un matériau de substitution (amalgame, résine composite...) permettant une restauration coronaire.

Pulpite

C'est la conséquence de l'exposition de la chambre pulpaire située au sein de la dentine par la carie (ou par une fracture dentaire). Elle correspond à la classique « rage de dents » : douleur violente localisée, spontanée et provoquée, résistante aux antalgiques habituels. L'examen clinique à la sonde retrouve la dent cariée causale et aggrave la douleur. Le traitement consiste en la pulpectomie (dévitalisation et traitement endodontique de la dent), impliquant secondairement l'obturation des canaux dentaires. Le cliché radiographique rétro-alvéolaire montre l'obturation radio-opaque des canaux dentaires jusqu'à l'apex.

Non traitée, elle conduit à la nécrose pulpaire, avec disparition des signes fonctionnels. Les tests de vitalité deviennent négatifs, puis la teinte de la couronne plus foncée.

À ce stade, la dent peut être responsable d'une infection locale, régionale ou à distance. Le traitement est alors uniquement endodontique : désinfection, alésage puis obturation canalaire.

Pathologie infectieuse d'origine dentaire

1. Desmodontite aiguë

Correspondant à l'atteinte du ligament alvéolo-dentaire, elle se manifeste par une douleur irradiante continue, peu intense, exacerbée par la percussion axiale de la dent, légèrement mobile. De ce fait, le patient décrit « une sensation de dent longue » gênant la mastication. La gencive en périphérie de la dent est érythémateuse.

Le traitement consiste en la mise « sous occlusion » de la dent, par un meulage de la couronne afin de limiter le contact occlusal avec la dent antagoniste. Puis il faut réaliser le traitement endodontique.

La radiographie rétro-alvéolaire montre l'élargissement de la zone correspondant au ligament alvéolo-dentaire.

2. Granulome apico-dentaire

Souvent, il est de découverte fortuite à l'occasion d'un panoramique dentaire qui montre une petite image radioclaire appendue à l'apex de la dent. En règle générale, il s'agit d'une dent cariée

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Lésions dentaires et gingivales ».

Une femme de 45 ans, infirmière, a des douleurs jugales droites persistantes depuis 3 mois avec un mouchage purulent homolatéral. Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical notable. Elle est fumeuse (5 paquets-année). À l'interrogatoire, on retrouve plusieurs consultations récentes auprès de

son chirurgien-dentiste : une prémolaire supérieure droite très délabrée a fait l'objet d'un traitement endodontique avec reconstitution prothétique de la couronne. Le praticien interrogé suspecte un dépassement de pâte dentaire lors de l'obturation des canaux dentaires.

- ❶ Quel diagnostic évoquez-vous ?
- ❷ Quels sont les examens complémentaires permettant d'orienter le diagnostic ?
- ❸ Quelles sont les propositions thérapeutiques ?
- ❹ Quelle serait la conduite à tenir par rapport à cette prémolaire en cas de valvulopathie mitrale ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

non traitée, qui ne répond plus aux tests de vitalité pulpaire. Le traitement endodontique suffit généralement pour faire disparaître cette infection. Dans le cas contraire, il faut éradiquer le granulome chirurgicalement par un curetage apical souvent associé à une résection apicale. Parfois, cette complication survient sur une dent dévitalisée dont l'obturation canalaire est incomplète, nécessitant une reprise du traitement.

3. Abcès sous-périosté

Il est particulièrement fréquent chez l'enfant, en raison de la fine épaisseur de la corticale osseuse externe, qui favorise la diffusion de l'infection. À l'examen clinique, on retrouve une voussure vestibulaire et une fistule muqueuse en regard de la dent mortifiée.

4. Cellulites

Les cellulites circonscrites peuvent évoluer sur un mode aigu ou chronique.

La phase initiale des formes aiguës est marquée par la douleur et la tuméfaction élastique en regard de la dent causale, recouverte par une peau lisse et tendue. Après un traitement antibiotique, en fonction du patient, et de la dent causale il faut soit la traiter soit pratiquer son avulsion. L'évolution spontanée aboutit à la phase suppurée avec majoration des signes d'appel et apparition de signes généraux ; le trismus, inconstant, variable en fonction de la topographie de la dent, peut gêner l'examen clinique et il faut insister sur la valeur du cliché panoramique systématique.

À ce stade, au traitement antibiotique s'associe un drainage de la collection ; l'avulsion de la dent causale peut être retardée en cas de trismus.

En fonction de la topographie de la dent causale, on distingue schématiquement les cellulites :

- géniennes hautes pour les prémolaires supérieures ;
- géniennes basses pour les molaires et les dents de sagesse mandibulaires ;
- nasogéniennes pour les canines supérieures ;
- labiales pour les incisives.

Les formes diffuses ont une évolution rapide et rapidement mortelle. De principe, il faut toujours contre-indiquer la prescription d'anti-inflammatoires qui peuvent favoriser la diffusion des cellulites.

5. Sinusites maxillaires

Les apex des molaires et des prémolaires ayant des rapports étroits avec les sinus maxillaires, ces dents peuvent être en cause dans la survenue des sinusites maxillaires en règle générale chroniques et unilatérales.

Les signes fonctionnels associent des douleurs maxillaires unilatérales, un mouchage nasal unilatéral, purulent et une cacosmie.

L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation du maxillaire, du pus au niveau du méat moyen, une prémolaire ou une molaire cariée, mortifiée (non traitée) dans le quadrant correspondant à la sinusite.

POINTS FORTS

à retenir

- Un bilan dentaire est systématiquement réalisé suite à un traumatisme facial comprenant une évaluation clinique, des tests de vitalité pulpaire et un panoramique.
- En cas de fracture ou de luxation dentaire, il faut rechercher systématiquement une fracture des maxillaires associée par un examen clinique et un cliché panoramique ; en cas de doute, un examen tomodensitométrique s'impose.
- Les principales complications d'une mortification pulpaire sont : le granulome apico-dentaire, le kyste radiculo-dentaire, la cellulite, la sinusite maxillaire et la maladie d'Osler en cas de valvulopathie cardiaque.
- Une mobilité dentaire récente inexpliquée impose un bilan radiographique (comprenant un cliché rétro-alvéolaire et un panoramique) et une biopsie gingivale et osseuse.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2302)

Le panoramique dentaire confirme l'étiologie dentaire, et le scanner maxillaire en coupes coronales et axiales montre une opacité sinusienne maxillaire unilatérale.

Au traitement médical, s'associe l'éradication de la cause dentaire et le drainage sinusien. Dans certains cas, il faut pratiquer un curetage sinusien unilatéral (intervention type Caldwell Luc) et la fermeture de la communication bucco-sinusienne résultant de l'avulsion dentaire.

À noter que l'aspergillose sinusienne est une complication classique liée au dépassement de pâte d'obturation canalaire en intra-sinusien lors d'un traitement endodontique (fig. 3). La pâte dentaire est visualisée à l'examen radiographique sous la forme d'une opacité de tonalité « métallique » au sein de l'opacité sinusienne (valeur du scanner). Le traitement consiste en l'exérèse du corps étranger par voie d'abord chirurgicale directe (intervention type Caldwell Luc) ou simplement ablation par endoscopie endonasale (avec examen bactériologique).



Figure 3 Gingivite.

6. Maladie d'Osler

Il faut éradiquer tous les foyers infectieux dentaires (fig. 4) qui peuvent être responsables d'endocardites par greffes bactériennes sur une valvulopathie. Les examens dentaires doivent être réguliers et systématiques avant toute chirurgie valvulaire. Un protocole est défini par une récente conférence de consensus suivant des modalités antibiotiques bien établies.

Il faut en règle générale insister sur la valeur du bilan dentaire en cas de transplantation (rénale, hépatique), en présence de prothèses vasculaires ou orthopédiques, d'une immunodépression.

Traumatismes dentaires

Ils sont plus souvent alvéolo-dentaires, soit isolés, soit associés à un traumatisme facial. Le bilan dentaire initial revêt une valeur médico-légale.

Les traumatismes dentaires chez l'enfant peuvent intéresser la denture temporaire et la denture permanente.

Les facteurs favorisants sont nombreux : locaux (proalvéolie supérieure, parodontopathie, caries profondes), généraux (épilepsie), manœuvres d'intubation orotrachéale.

La classification distingue : les fractures coronaires, éventuellement compliquées d'exposition pulpaire ; les fractures corono-radiculaires ; les fractures radiculaires ; les luxations dentaires ; les contusions dentaires et les fractures des procès alvéolaires.

L'interrogatoire renseigne sur l'heure du traumatisme, le point d'impact, l'existence de douleurs, une malocclusion dentaire préexistante.

L'examen exo- et endobuccal recherche une plaie, un hématome ; apprécie la dynamique mandibulaire et l'occlusion dentaire.

Le bilan dentaire doit être complet (mobilité, percussion, test de vitalité).

L'examen radiographique comprend un panoramique dentaire, des clichés rétro-alvéolaires et, éventuellement, des radiographies occlusales.

1. Fêlures

La fêlure peut être mise en évidence par la sonde. La symptomatologie est en général nulle ou à type de sensibilité dentinaire. Les tests de la vitalité pulpaire sont positifs. On conseille une simple surveillance. Le pronostic est bon.

2. Fractures coronaires

✓ **Dans les fractures de l'émail**, l'examen met en évidence une perte de substance de la couronne dentaire. La dent est asymptomatique. Les tests de vitalité pulpaire sont positifs. La reconstitution coronaire se fait par des techniques de collage. Le pronostic est bon.

✓ **Lors des fractures de l'émail et de la dentine**, l'examen à la sonde (douloureux) retrouve une perte de substance coronaire profonde. La douleur est vive et irradiante. Il faut pratiquer une reconstitution de la dent par collage associé à une protection pulpaire. Dans certains cas, la fracture intéresse la cavité pulpaire imposant une pulpectomie avec traitement endodontique. Dans les cas où la vitalité pulpaire est conservée, des contrôles réguliers devront s'assurer de son maintien à long terme.



Figure 4 Lésions carieuses évoluées avec destruction de la couronne de la dent n° 12.

3. Fractures corono-radiculaires

La mastication mobilise les fragments dentaires fracturés. La fracture corono-radiculaire simple nécessite l'ablation du fragment coronaire et un polissage, la fracture compliquée, un traitement radiculaire.

4. Fracture radiculaire horizontale

Les fractures radiculaires sont peu douloureuses spontanément. La mobilité relativement faible est d'autant plus importante que le trait de fracture est haut situé. Le cliché rétro-alvéolaire montre le trait de fracture. Si celle-ci communique avec le milieu buccal, toute consolidation durable est impossible imposant l'avulsion du fragment coronaire. Mais la conservation de la racine permet une réhabilitation prothétique. Lorsqu'il n'y a pas de communication avec le milieu buccal une attitude conservatrice est adoptée avec contention par collage aux dents adjacentes, et surveillance pendant 6 mois. Les tests de vitalité seront poursuivis longtemps. En cas de mortification pulpaire secondaire, un traitement endodontique s'impose.

Les fractures radiculaires au niveau apical sont exceptionnelles ; elles impliquent une surveillance clinique et radiologique (parfois avulsion de l'apex fracturé et traitement endodontique).

5. Fractures radiculaires verticales

Elles sont rares.

6. Contusion, subluxation

Elles se caractérisent par une symptomatologie à type de desmodontite avec douleur à la percussion axiale de la dent, et lors des contacts occlusaux avec un aspect inflammatoire de la gencive périphérique. Il faut alors éliminer le diagnostic de fracture radiculaire associée par un cliché rétro-alvéolaire. La surveillance par des tests de vitalité pulpaire s'impose pendant 6 mois.

7. Luxation partielle

En fonction de la direction du traumatisme causal, on distingue la luxation latérale de la luxation totale.

✓ **La luxation latérale** nécessite un repositionnement manuel et une contention par un moyen d'ancrage sur les dents adjacentes pendant 3 à 4 semaines. Le risque est la nécrose pulpaire et la résorption radiculaire secondaire. En cas de fracture alvéolaire associée, la contention sera maintenue pendant 6 semaines. La surveillance par des tests de vitalité et des clichés rétro-alvéolaires s'impose pendant au moins 6 mois.

✓ **La luxation totale** : le diagnostic est évident. Il faudra procéder à un examen clinique et radiologique afin d'évaluer les fractures alvéolaires associées contre-indiquant la réimplantation.

En cas de période extra-alvéolaire de la dent longue, dans un milieu de conservation inadéquat, il faut utiliser une solution antiseptique, puis rincer au sérum physiologique, et effectuer un traitement endodontique, une réimplantation de la dent et une contention pendant 6 semaines.

Si la période extra-alvéolaire est courte et le milieu de conservation adéquat, à la réimplantation succède une phase de contention de 4 semaines. Le traitement endodontique ne sera entrepris qu'en cas de nécrose pulpaire ou de résorption radiculaire secondaire.

8. Fracture alvéolaire

Les signes cliniques sont un déplacement de dent(s) et du (ou des) fragment(s) osseux, un hématome et une mobilité importante.

Le traitement consiste en une réduction, une contention pendant 6 semaines. Un traitement antibiotique est prescrit de principe. Le suivi est nécessaire pendant plusieurs mois.

Le pronostic dépend de la situation du trait de fracture, de l'état dentaire préexistant et du protocole thérapeutique. Il faut être réservé sur la vitalité à long terme des dents.

9. Traumatismes des dents temporaires (enfant)

Ils sont plus fréquents que les traumatismes des dents permanentes et ils posent des problèmes spécifiques. Le diagnostic est plus difficile et le traitement doit être évalué en fonction de la collaboration de l'enfant. La fracture coronaire, qui expose plus fréquemment le tissu pulpaire, impose une pulpectomie, parfois très difficile, conduisant fréquemment à l'avulsion.

Les déplacements dentaires sont fréquents. Il faut éviter les manœuvres de réduction qui risquent de traumatiser le germe sous-jacent. Du fait de la proximité de la racine de la dent temporaire avec le germe sous-jacent, les séquelles de ces traumatismes sur les dents permanentes peuvent être importantes, et notamment lors d'accident d'intrusion avant 4 à 5 ans (vers 5-6 ans, l'évolution de la dent définitive et la résorption radiculaire de la dent temporaire sont suffisamment avancées pour que les risques de lésion soient minimes).

En cas d'avulsion dentaire, le maintien de l'espace entre les dents pendant la croissance est primordial. Puis, dans le cadre du remplacement d'une dent luxée chez l'adolescent, il faudra discuter les différentes possibilités : fermeture de l'espace par un traitement orthodontique (p. ex. dans un contexte d'encombrement dentaire), implant dentaire...

10. Conclusion

Certaines lésions dentaires traumatiques, d'apparence bénigne initialement, peuvent se solder secondairement par une nécrose pulpaire imposant l'obturation canalaire et la réhabilitation prothétique (fragilité de la couronne). Il faut répéter l'importance du certificat médical initial mentionnant avec précision l'état dentaire lors de tout traumatisme en sachant émettre des réserves si le pronostic est incertain.

Enfin, soulignons l'intérêt des protège-dents dans certaines pratiques sportives à risques et lors des manœuvres d'intubation.

LÉSIONS GINGIVALES

La gencive correspond à la fibromuqueuse recouvrant l'os alvéolaire et entourant le collet des dents. Elle est limitée dans sa partie coronaire par le bord gingival libre dont le contour festonné est parallèle à la jonction amélo-cémentaire (gencive libre).

Le parodonte est constitué de l'ensemble des tissus qui environnent la dent comprenant la gencive, le cément, le desmodonte et l'os alvéolaire. La complication finale de la parodontite est la luxation totale dentaire.

Gingivites et parodontites

L'étiologie bactérienne est clairement établie, l'exemple le plus connu étant la parodontite aiguë juvénile induite par l'*Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Chez l'adolescent, elle correspond à une gingivite associée à une alvéolyse rapide et extensive, surtout au niveau des incisives et des prémolaires. Une conférence internationale de consensus (novembre 1999) a proposé une nouvelle classification des parodontopathies, distinguant l'atteinte uniquement de la gencive (gingivite) à celle de l'ensemble du parodonte constitué par le ligament alvéolo-dentaire, la gencive et l'os alvéolaire (parodontite).

Le facteur étiologique essentiel est la plaque bactérienne, enduit blanc jaunâtre supragingival et (ou) sous-gingival ; le tartre correspondant à la minéralisation de la plaque. Il faut citer les facteurs anatomiques aggravants (malpositions dentaires, restaurations prothétiques inadéquates), les facteurs généraux (tabac, diabète, traitement immunosuppresseur, hémopathie, grossesse, radiothérapie...).

1. Gingivite

Elle est due à la plaque dentaire. La gencive au collet des dents (du tartre dentaire) est érythémateuse et légèrement hypertrophique. Les gingivorragies sont provoquées, rarement spontanées. À ce stade, le traitement associe une amélioration de l'hygiène dentaire par brossage adéquat associé à un détartrage. À l'issue de ce traitement, la gencive ayant repris son aspect normal, il faut dépister d'éventuelles caries dentaires au niveau du collet des dents. Il faut parfois rétablir des rapports anatomiques en modifiant des reconstitutions prothétiques dentaires.

Pour en savoir plus

► Parodontopathies diagnostic et traitements

Mai 2002, ANAES

► Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale

Piette E, Reyhler H
De Boeck Université
1991;1309-29

► Abrégé de pathologie maxillo-faciale et stomatologie

Lezy JP, Princ G
Paris : Masson, 2003

2. Hypertrophie gingivale de la grossesse

Elle peut apparaître au 2^e mois de la grossesse et persiste jusqu'à l'accouchement, disparaissant alors spontanément. La gencive est hypertrophique, érythémateuse, molle, plus ou moins hémorragique à la palpation (parfois sous forme d'épulis).

Il faut s'abstenir de tout geste intempestif pendant la grossesse et attendre l'évolution spontanée.

3. Hypertrophie gingivale médicamenteuse

À la diphénylhydantoïne (Di-Hydan), citons la gingivite hypertrophique à la ciclosporine A.

Elle apparaît chez le sujet jeune quelques semaines après le début du traitement et évolue favorablement à son arrêt.

4. Parodontite

Elle peut être localisée ou généralisée. Les signes cliniques sont identiques à ceux de la gingivite, mais s'y associe l'apparition de la poche parodontale qui est le signe pathognomonique.

La poche parodontale correspond à l'approfondissement pathologique du sulcus gingival (apprécié à l'aide d'une sonde parodontale). En cas de poches parodontales importantes apparaissent obligatoirement des mobilités dentaires et parfois des abcès parodontaux.

Le cliché radiographique rétro-alvéolaire permet d'évaluer la poche parodontale sous forme d'une alvéolyse.

Aux traitements déjà mentionnés, il faut associer une réévaluation de la denture permettant de déterminer les dents à conserver, les dents à extraire. Un curetage parodontal est systématique.

5. Gingivite ulcéro-nécrotique (fig. 5)

Souvent associée à un traitement immunosuppresseur, elle se traduit par la présence d'une gencive érythémateuse, turgescente avec des ulcérations de taille variable, d'aspect nécrotique ; s'y associent des gingivorragies spontanées et provoquées.

Le contexte médical aide au diagnostic positif. L'évolution est en règle générale favorable, sous traitement antibiotique prolongé ; mais les récurrences sont fréquentes.



Figure 5 Aspect de la cavité buccale chez un patient âgé avec édentement non compensé, parodontopathie évoluée, absence d'hygiène bucco-dentaire et délabrements dentaires.

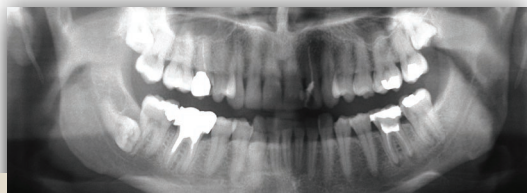


Figure 6 Les dents 15-22-46-36 ont fait l'objet de traitements endodontiques. Panoramic montrant les inclusions des dents de sagesse 18, 28 et 48. La dent de sagesse 48 est incluse horizontalement.

Autres lésions

1. Péricoronarite (fig. 6)

Elle correspond à une éruption dentaire, plus souvent la dent de sagesse. Le stade initial se manifeste par une turgescence du capuchon muqueux qui recouvre en partie la dent, en cours d'éruption. Aux douleurs localisées s'associe un érythème gingival diffus et parfois un trismus. La panoramique met en évidence la dent de sagesse en cours de désinclusion et parfois un kyste marginal postérieur.

2. Gingivo-stomatites herpétiques

Elles évoluent en 2 phases. La primo-infection peut être suivie chez certains sujets de manifestations ultérieures à expression généralement cutanée. Fréquemment, cette première phase est latente. Ailleurs, il s'agit d'une gingivo-stomatite aiguë vésiculeuse avec adénopathies cervicales et fièvre.

3. Lésions blanches

Ce chapitre est dominé par le lichen plan : fréquent au niveau de la muqueuse buccale, apparaissant en règle générale chez l'adulte. Les signes fonctionnels sont inconstants. Le lichen plan peut revêtir différentes formes (érythémateuse, érosive, atrophique). Parfois, cette lésion peut se transformer en lésion cancéreuse : la valeur de la biopsie est importante.

4. Carcinome épidermoïde gingivo-mandibulaire ou maxillaire

Il se présente le plus souvent sous la forme d'une ulcération ; parfois une forme ulcéro-bourgeonnante. Les circonstances de découverte sont variables : gêne à la mastication, mobilité dentaire, douleurs, adénopathie cervicale isolée imposant un bilan au niveau des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

À l'examen clinique, on retrouve une induration de la lésion correspondant aux dimensions exactes de la tumeur. La palpation cervicale recherche des métastases ganglionnaires de façon systématique et bilatérale, groupe après groupe.

Le bilan d'extension locale comprend un panoramique et un examen tomodensitométrique recherchant une lyse osseuse. L'examen général dépiste d'exceptionnelles métastases à distance.

La biopsie est indispensable ; elle permet la confirmation du diagnostic avant la mise en route du traitement. En général, il s'agit d'un carcinome épidermoïde.